

pertension. *Clinical Liver Disease*, 5 (5), 112–115. doi: 10.1002/cld.470

15. Wang, X.-Q., Xu, Y.-F., Tan, J.-W. et al. (2014). Portal inflow preservation during portal diversion in small-for-size syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 20 (4), 1021–1029. doi: 10.3748/wjg.v20.i4.1021

16. Ryhtik, P. I. (2007). Kompleksnaja ul'trazvukovaja ocenka regionarnogo krovotoka pri portal'noj gipertenzii i ee prognosticheskoe znachenie dlja portosistemnogo shuntirovani-ja. *Nizhnij Novgorod*, 23.

17. Baik, S. K. (2010). Haemodynamic evaluation by Doppler ultrasonography in patients with portal hypertension: a review. *Liver International*, 30 (10), 1403–1413. doi: 10.1111/j.1478-3231.2010.02326.x

18. Masalaite, L., Valantinas, J., Stanaitis, J. (2014). The role of collateral veins detected by endosonography in predicting the recurrence of esophageal varices after endoscopic treatment: a systematic review. *Hepatology International*, 8 (3), 339–351. doi: 10.1007/s12072-014-9547-3

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Сиволап В. В.  
Дата надходження рукопису 15.06.2015*

**Тугушев Алий Сантович**, кандидат медицинских наук, ассистент, кафедра факультетской хирургии, Запорожский государственный медицинский университет, ул. Седова, 3, г. Запорожье, Украина, 69035  
E-mail: tugushev63@mail.ru

**Михантьев Дмитрий Иванович**, заведующий хирургическим отделением, ГП «Отделенческая клиническая больница на ст. Запорожье-2 Приднепровской железной дороги», ул. Чумаченко, 21, г. Запорожье, Украина, 69104

**Нешта Вячеслав Васильевич**, кандидат медицинских наук, врач-ординатор хирургического отделения, ГП «Отделенческая клиническая больница на ст. Запорожье-2 Приднепровской железной дороги», ул. Чумаченко, 21, г. Запорожье, Украина, 69104

**Акиншин Владимир Петрович**, заведующий хирургическим отделением, КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи», ул. Победы, 80, г. Запорожье, Украина, 69005

**Петраш Алексей Николаевич**, врач-ординатор, хирургического отделение КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи», ул. Победы, 80, г. Запорожье, Украина, 69005

**Баранов Евгений Игоревич**, врач-ординатор, хирургического отделение, КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи», ул. Победы, 80, г. Запорожье, Украина, 69005

УДК 616.89-02-085: [616.71/002.52]  
DOI: 10.15587/2313-8416.2015.48044

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ КІСТКОВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ, З ТОЧКИ ЗОРУ ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

© І. Д. Спіріна, О. В. Широков

*На основі порівняльного аналізу клініко-психопатологічної симптоматики у 120 хворих на параноїдну шизофренію, серед яких 60 (основна група), крім шизофренії, страждали на кістковий туберкульоз, а інші 60 пацієнтів (група порівняння) не мали коморбідного захворювання, визначені її особливості, що обумовлюють розвиток специфічного стану дезадаптації, притаманного хворим з подвійною психічною й соматичною патологією*

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, кістковий туберкульоз, коморбідність, позитивна, негативна й загально-психопатологічна симптоматика

**Aim.** To analyze the features of clinical and psychopathological symptomatology of paranoid schizophrenia (PS) in patients with comorbid bone tuberculosis (CBT) in terms of detecting an influence of the main maladjustment indicators that lead to problems in patients functioning as the targets of measures for their psychosocial rehabilitation.

**Contingent.** 120 men with paranoid schizophrenia (PS). 60 patients with PS and comorbid bone tuberculosis (CBT) formed the main group of research, 60 patients with PS formed the comparative one.

**Methods.** The main method of research was clinical and psychopathological one that included standardized clinical interview with the use of "Evaluating list of symptoms and glossary for psychical disorders WHO" (1994) (Module F2: psychotic syndrome) that was added with materials of retrospective analysis of medical documentation and the results of using the scale PANSS.

**Results.** The study of clinical and psychopathological features and the structure of intensity of positive, negative and general psychopathological syndromes of PS with CBT obligatory must be carried out from two points of view: firstly the correction of psychosocial maladjustment that is needs and tasks that appear in rehabilitative work with comorbid patients. So, various in most cases unpredictable character of combination of clinical signs leads to “maladjustment obstacles” in psychosocial rehabilitation. Secondly the neglect of the degree of symptoms intensity at psychosocial rehabilitation leads to decrease of “adaptive potential” and destruction of acquired “general habits of adaptation” at overcoming the problems in functioning as a result of both PS and CBT.

**Conclusions.** Established features of clinical and psychopathological manifestations of paranoid schizophrenia in patients with comorbid bone tuberculosis were used as a basis at elaboration of complex measures for rehabilitation of given contingent

**Keywords:** paranoid schizophrenia, bone tuberculosis, comorbidity, positive, negative and general psychopathological symptomatology

**1. Вступ**

Туберкульоз є одним з найбільш розповсюджених інфекційних захворювань, зростання якого зберігається в масштабах усього світу [1]. За даними ВООЗ, у 2014 р. Україна вперше посіла 5-те місце серед країн з найвищою захворюваністю на туберкульоз у світі за показниками рівня стійкості хвороби до лікування та загальної кількості пацієнтів. Серед країн Європейського регіону ВООЗ наша держава займає 2-ге місце за цими показниками [2].

Найбільший рівень захворюваності на туберкульоз та смертності від нього відзначається у соціально-дезадаптованих груп населення, в тому числі, тих, які мають психічні розлади різного ступеня вираженості. З іншого боку, серед психічно хворих людей туберкульоз зустрічається частіше, ніж у загальній популяції [3]. В загальній когорті хворих на туберкульоз, пацієнти з шизофренією складають 37,1 %, а частка її серед іншої психічної патології у хворих на туберкульоз становить від 48 до 60 %. Смертність від туберкульозу серед хворих на шизофренію істотно перевищує таку у решти населення [4, 5]. Поєднання цих двох важких і соціально значущих захворювань спричиняють взаємно обтяжуючий вплив: з одного боку, формуються хронічні, резистентні, складні форми туберкульозу, з іншого – виникає потяження перебігу психічного захворювання.

**2. Обґрунтування дослідження**

Якщо питання поєднання туберкульозу легенів, як найбільш розповсюдженої його форми, та психічного розладу, іноді стає об’єктом уваги дослідників [6–9], то коморбідність інших його форм, зокрема, кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Між тим, перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування й належного рівню соціального функціонування хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією – значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації.

**3. Мета дослідження**

Проаналізувати особливості клініко-психопатологічної симптоматики ПШ у хворих з ККТ з точки зору виявлення впливу провідних дезадаптуючих показників, що призводять до проблем функціонування пацієнтів, як мішеней заходів їх психосоціальної реабілітації.

**4. Контингент, матеріали і методи дослідження**

Контингент дослідження складався із 120 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), які протягом 2012–2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) склали 60 пацієнтів, які страждали на ПШ та коморбідний кістковий туберкульоз (ККТ), групу порівняння (ГП) – 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв’ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації та результатами використання «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS) [10].

**5. Результати дослідження**

Розподіл обстежених пацієнтів за провідним синдромом ПШ у ОГ та ГП відображено у табл. 1.

Таблиця 1  
Розподіл хворих за провідним синдромом ПШ у ОГ та ГП

Провідний синдром	ОГ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m
Депресивно-параноїдний	15	25,0	4,3	9	15,0	3,6
Астенічний	13	21,7	4,1	8	13,3	3,4
Галюцинаторно-параноїдний	7	11,7	3,2	17	28,3	4,5
Параноїдний	8	13,3	3,4	16	26,7	4,4
Депресивний	17	28,3	4,5	10	16,7	3,7
Всього	60	100,0		60	100,0	

Розподіл хворих за типом перебігу ПШ у ОГ та ГП відображено у табл. 2.

Таблиця 2  
Розподіл хворих за типом перебігу ПШ у ОГ та ГП

Тип перебігу	ОГ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m
Безперервне (F20.00)	28	46,7	5,0	21	35,0	4,8
Епізодичне з прогресивним перебігом (F20.01)	18	30,0	4,6	21	35,0	4,8
Епізодичне з стабільним дефектом (F20.02)	14	23,3	4,2	18	30,0	4,6
Всього	60	100,0		60	100,0	

Примітка: достовірність розбіжностей між групових показників дорівнює  $p \leq 0,001$

Розподіл досліджених хворих за типом перебігу ПШ та провідним клінічним синдромом у ОГ та ГП відображено у табл. 3.

З метою подальшого виявлення механізмів та етапів формування дезадаптації у хворих, які страждають на ПШ та ККТ, стало вивчення глибини клінічної психопатологічної симптоматики (оцінка ступеню тяжкості), що проводилася за допомогою шкали PANSS, як в цілому (у балах за рекомендаціями авторів [10]), а також з наданням аналізу структури симптомів за окремими шкалами з розрахунком відносного відсотку. Даний підхід був обраний з метою подальшого встановлення взаємовпливу клініко-па-

топсихологічних та психосоціальних особливостей хворих на ПШ з ККТ, а також з метою розробки системи комплексної психосоціальної реабілітації хворих. Другим завданням, яке обумовило поглиблене вивчення психопатологічної симптоматики, стало дослідження її впливу на психосоціальні особливості (когнітивні, емоційні, поведінкові, міжособистісні, середовищні) у розвитку явищ адаптації/дезадаптації у хворих з відокремленням провідних дезадаптуючих взаємозв'язків.

Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП, відображено у табл. 4.

Таблиця 3

Розподіл досліджених хворих за типом перебігу ПШ та провідним клінічним синдромом у ОГ та ГП

Перебіг	Група	Синдром														
		Астенічний			Депресивний			Депресивно-параноїдний			Галюцинаторно-параноїдний			Параноїдний		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Безперервне (F20.00)	ОГ	8	61,5	4,9	6	40,0	4,9	9	52,9	5,0	3	42,9	4,9	2	25,0	4,3
	ГП	2	25,0	4,3	3	33,3	4,7	3	30,0	4,6	7	41,2	4,9	6	37,5	4,8
Епізодичне з прогресивним перебігом (F20.01)	ОГ	3	23,1	4,2	5	33,3	4,7	5	29,4	4,6	2	28,6	4,5	3	37,5	4,8
	ГП	3	37,5	4,8	3	33,3	4,7	4	40,0	4,9	6	35,3	4,8	5	31,3	4,6
Епізодичне з стабільним дефектом (F20.02)	ОГ	2	15,4	3,6	4	26,7	4,4	3	17,6	3,8	2	28,6	4,5	3	37,5	4,8
	ГП	3	37,5	4,8	3	33,3	4,7	3	30,0	4,6	4	23,5	4,2	5	31,3	4,6
Всього	ОГ	13	100,0		15	100,0		17	100,0		7	100,0		8	100,0	
Всього	ГП	8	100,0		9	100,0		10	100,0		17	100,0		16	100,0	

Примітка: Достовірність розбіжностей між групових показників за перебігом дорівнює  $p \leq 0,001$

Таблиця 4

Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП

Синдроми	Симптоми	ОГ			ГП		
		Бал	%	±m	Бал	%	±m
Позитивні	Марення	5	14,3	3,5	5	17,9	3,8
	Концептуальна дезорганізація	6	17,1	3,8	4	14,3	3,5
	Галюцинаторна поведінка	6	17,1	3,8	4	14,3	3,5
	Збудження	5	14,3	3,5	4	14,3	3,5
	Манія величності	3	8,6	2,8	3	10,7	3,1
	Підозрілість – переслідування	4	11,4	3,2	4	14,3	3,5
	Ворожість	6	17,1	3,8	4	14,3	3,5
	Загальний бал	35	100,0	–	28	100,0	–
Середній бал (P1–P7)		5,0	–	–	4,0	–	–
Негативні	Сплющення афекту	6	14,6	3,5	5	16,1	3,7
	Емоційна відгородженість	6	14,6	3,5	5	16,1	3,7
	Недостатній рапорт	6	14,6	3,5	4	12,9	3,4
	Пасивно-апатичний соціальний відхід	6	14,6	3,5	4	12,9	3,4
	Труднощі у абстрактному мисленні	5	12,2	3,3	5	16,1	3,7
	Недолік спонтанності й плавності бесіди	6	14,6	3,5	4	12,9	3,4
	Стереотипність мислення	6	14,6	3,5	4	12,9	3,4
	Загальний бал, %	41	100,0	–	31	100,0	–
Середній бал (N1–N7)		5,9	–	–	4,4	–	–
Загально психопатологічні	Стурбованість соматичними відчуттями	6	7,0	2,5	4	5,3	2,2
	Тривога	4	4,7	2,1	4	5,3	2,2
	Відчуття провини	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Напруга	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Манерність й поза	6	7,0	2,5	5	6,6	2,5
	Депресія	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Рухова загальмованість	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Некооперативність	6	7,0	2,5	4	5,3	2,2
	Думки з незвичайним змістом	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Дезорієнтація	6	7,0	2,5	5	6,6	2,5
	Труднощі концентрації уваги	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	6	7,0	2,5	4	5,3	2,2
	Вольові порушення	6	7,0	2,5	4	5,3	2,2
	Недостатність контролю імпульсів	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Відчуженість від реальності	5	5,8	2,3	5	6,6	2,5
	Соціальна активність	6	7,0	2,5	6	7,9	2,7
	Загальний бал, %	86	100,0	–	76	100,0	–
	Середній бал (G1–G16)		5,4	–	–	4,8	–

Детальніше розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП, відображено у табл. 5.

Розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП відображено у табл. 6.

Таблиця 5

Розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП

Синдром	Ступень вираженості (ОГ)											
	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Марення	6	10,0	3,0	21	35,0	4,8	24	40,0	4,9	9	15,0	3,6
Концептуальна дезорганізація	9	15,0	3,6	20	33,3	4,7	23	38,3	4,9	8	13,3	3,4
Галюцінаторна поведінка	6	10,0	3,0	18	30,0	4,6	26	43,3	5,0	10	16,7	3,7
Збудження	5	8,3	2,8	6	10,0	3,0	38	63,3	4,8	11	18,3	3,9
Манія величності	–	–	–	4	40,0	4,9	6	60,0	4,9	–	–	–
Підозрілість – переслідування	4	6,7	2,5	24	40,0	4,9	27	45,0	5,0	5	8,3	2,8
Ворожість	4	6,7	2,5	20	33,3	4,7	21	35,0	4,8	15	25,0	4,3
Частка від загальної сукупності	34	9,2	–	113	30,5	–	165	44,6	–	58	15,7	–
Синдром	Ступень вираженості (ГП)											
	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Марення	27	45,0	5,0	25	41,7	4,9	5	8,3	2,8	3	5,0	2,2
Концептуальна дезорганізація	28	46,7	5,0	27	45,0	5,0	3	5,0	2,2	2	3,3	1,8
Галюцінаторна поведінка	26	43,3	5,0	27	45,0	5,0	5	8,3	2,8	2	3,3	1,8
Збудження	32	53,3	5,0	24	40,0	4,9	3	5,0	2,2	1	1,7	1,3
Манія величності	2	100,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Підозрілість – переслідування	28	46,7	5,0	28	46,7	5,0	3	5,0	2,2	1	1,7	1,3
Ворожість	22	36,7	4,8	27	45,0	5,0	7	11,7	3,2	4	6,7	2,5
Частка від загальної сукупності	165	45,6	–	158	43,6	–	26	7,2	–	13	3,6	–

Таблиця 6

Розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП

Синдром	Ступень вираженості (ОГ)											
	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Сплющення афекту	3	5,0	2,2	12	20,0	4,0	23	38,3	4,9	22	36,7	4,8
Емоційна відгородженість	8	13,3	3,4	13	21,7	4,1	22	36,7	4,8	17	28,3	4,5
Недостатній рапорт	7	11,7	3,2	11	18,3	3,9	21	35,0	4,8	21	35,0	4,8
Пасивно-апатичний соціальний відхід	4	6,7	2,5	10	16,7	3,7	22	36,7	4,8	24	40,0	4,9
Труднощі у абстрактному мислені	8	13,3	3,4	18	30,0	4,6	17	28,3	4,5	17	28,3	4,5
Брак спонтанності та плавності бесіди	6	10,0	3,0	13	21,7	4,1	16	26,7	4,4	25	41,7	4,9
Стереотипність мислення	8	13,3	3,4	15	25,0	4,3	17	28,3	4,5	20	33,3	4,7
Частка від загальної сукупності	44	10,5	–	92	21,9	–	138	32,9	–	146	34,8	–
Синдром	Ступень вираженості (ГП)											
	Легкий			Помірний			Виражений			Значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Сплющення афекту	16	26,7	4,4	24	40,0	4,9	11	18,3	3,9	9	15,0	16
Емоційна відгородженість	16	26,7	4,4	21	35,0	4,8	13	21,7	4,1	10	16,7	16
Недостатній рапорт	15	25,0	4,3	21	35,0	4,8	12	20,0	4,0	12	20,0	15
Пасивно-апатичний соціальний відхід	14	23,3	4,2	23	38,3	4,9	11	18,3	3,9	12	20,0	14
Труднощі у абстрактному мислені	15	25,0	4,3	17	28,3	4,5	18	30,0	4,6	10	16,7	15
Брак спонтанності та плавності бесіди	14	23,3	4,2	17	28,3	4,5	14	23,3	4,2	15	25,0	14
Стереотипність мислення	16	26,7	4,4	17	28,3	4,5	12	20,0	4,0	15	25,0	16
Частка від загальної сукупності	106	25,2	–	140	33,3	–	91	21,7	–	83	19,8	–

Аналіз структури та ступеню вираженості діагностованих загально-психопатологічних синдромів у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП, відображено у табл. 7 та 8.

У табл. 9 представлено структуру контекстуальних чинників у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП.

Таблиця 7

Структура та ступінь вираженості діагностованих загально-психопатологічних синдромів у хворих, які страждають на ПШ у ОГ

Синдром	Ступінь вираженості											
	легкий			помірний			виражений			значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Стурбованість соматичними відчуттями	–	–	–	18	30,0	4,6	20	33,3	4,7	22	36,7	4,8
Тривога	6	10,0	3,0	14	23,3	4,2	20	33,3	4,7	20	33,3	4,7
Відчуття провини	4	100,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Напруга	2	3,3	1,8	13	21,7	4,1	23	38,3	4,9	22	36,7	4,8
Манерність й поза	12	20,0	4,0	24	40,0	4,9	12	20,0	4,0	12	20,0	4,0
Депресія	6	10,0	3,0	13	21,7	4,1	30	50,0	5,0	11	18,3	3,9
Рухова загальмованість	8	13,3	3,4	10	16,7	3,7	20	33,3	4,7	22	36,7	4,8
Некооперативність	6	10,0	3,0	14	23,3	4,2	23	38,3	4,9	17	28,3	4,5
Думки з незвичайним змістом	5	8,3	2,8	11	18,3	3,9	14	23,3	4,2	30	50,0	5,0
Дезорієнтація	15	25,0	4,3	18	30,0	4,6	12	20,0	4,0	15	25,0	4,3
Труднощі концентрації уваги	6	10,0	3,0	8	13,3	3,4	22	36,7	4,8	24	40,0	4,9
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	9	15,0	3,6	17	28,3	4,5	19	31,7	4,7	15	25,0	4,3
Вольові порушення	3	5,0	2,2	21	35,0	4,8	19	31,7	4,7	17	28,3	4,5
Недостатність контролю імпульсів	5	8,3	2,8	18	30,0	4,6	19	31,7	4,7	18	30,0	4,6
Відчуженість від реальності	25	41,7	4,9	14	23,3	4,2	12	20,0	4,0	9	15,0	3,6
Соціальна активність	3	5,0	2,2	7	11,7	3,2	25	41,7	4,9	25	41,7	4,9
Частка від загальної сукупності	115	12,7		220	24,3		290	32,1		279	30,9	

Таблиця 8

Структура та ступінь вираженості діагностованих загально-психопатологічних синдромів у хворих, які страждають на ПШ у ГП

Синдром	Ступінь вираженості											
	легкий			помірний			виражений			значно виражений		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Стурбованість соматичними відчуттями	5	13,9	3,5	15	41,7	4,9	16	44,4	5,0	0	0,0	0,0
Тривога	14	23,3	4,2	17	28,3	4,5	20	33,3	4,7	9	15,0	3,6
Відчуття провини	6	100,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Напруга	23	38,3	4,9	17	28,3	4,5	15	25,0	4,3	5	8,3	2,8
Манерність й поза	10	16,7	3,7	18	30,0	4,6	18	30,0	4,6	14	23,3	4,2
Депресія	12	20,0	4,0	22	36,7	4,8	16	26,7	4,4	10	16,7	3,7
Рухова загальмованість	17	28,3	4,5	10	16,7	3,7	16	26,7	4,4	17	28,3	4,5
Некооперативність	16	26,7	4,4	14	23,3	4,2	17	28,3	4,5	13	21,7	4,1
Думки з незвичайним змістом	12	20,0	4,0	21	35,0	4,8	20	33,3	4,7	7	11,7	3,2
Дезорієнтація	19	31,7	4,7	17	28,3	4,5	17	28,3	4,5	7	11,7	3,2
Труднощі концентрації уваги	17	28,3	4,5	23	38,3	4,9	15	25,0	4,3	5	8,3	2,8
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	15	25,0	4,3	24	40,0	4,9	14	23,3	4,2	7	11,7	3,2
Вольові порушення	18	30,0	4,6	16	26,7	4,4	16	26,7	4,4	10	16,7	3,7
Недостатність контролю імпульсів	19	31,7	4,7	19	31,7	4,7	15	25,0	4,3	7	11,7	3,2
Відчуженість від реальності	16	26,7	4,4	20	33,3	4,7	12	20,0	4,0	12	20,0	4,0
Соціальна активність	14	23,3	4,2	23	38,3	4,9	20	33,3	4,7	3	5,0	2,2
Частка від загальної сукупності	233	26,4		276	31,3		247	28,0		126	14,3	



Таблиця 9  
Структура контекстуальних чинників у хворих, які страждають на ПШ у ОГ та ГП

Контекстуальні чинники	ОГ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m
Негативні події у дитинстві	45	75,0	4,3	30	50,0	5,0
Виховання та освіта	15	25,0	4,3	13	21,7	4,1
Первина підтримка оточуючих	57	95,0	2,2	29	48,3	5,0
Соціальне оточення	55	91,7	2,8	33	55,0	5,0
Домашні та екологічні умови	51	85,0	3,6	32	53,3	5,0
Трудова діяльність чи безробіття	16	26,7	4,4	14	23,3	4,2
Фізичне навколишнє середовище	46	76,7	4,2	22	36,7	4,8
Певні психосоціальні обставини	53	88,3	3,2	32	53,3	5,0
Юридичні обставини	22	36,7	4,8	20	33,3	4,7
Сімейні хвороби чи інвалідність	55	91,7	2,8	41	68,3	4,7
Труднощі організації життєдіяльності	46	76,7	4,2	23	38,3	4,9
Всього	60	100,0		60	100,0	

**6. Обговорення результатів дослідження.**

Представлені у табл. 1 дані свідчать, що за ступенем прояву провідні синдроми у досліджених пацієнтів в обох групах відрізнялися. Так, у ОГ переважали депресивний – 28,3 % та депресивно-параноїдний – 25,0 % та астеничний – 21,7 % синдроми. У свою чергу, у ГП переважали галюцинаторно-параноїдний – 28,3 % та параноїдний – 26,7 % синдроми ( $p < 0,001$ ). Меншими у відсотковому вираженні виявлені у ОГ галюцинаторно-параноїдний – 11,7 % та параноїдний – 13,3 % синдроми; у ГП, відповідно, депресивно-параноїдний – 15,0 % та астеничний – 13,3 %, депресивний – 16,7 % синдроми ( $p < 0,001$ ).

За аналізом стійкості синдромів, тобто порівнянні зміни синдромів за досліджуваній період свідчить про відносну стабільність клінічної картини ПШ у пацієнтів ОГ ( $p < 0,001$ ). Усі вищевикладені синдроми діагностовано у рамках безперервного (F20.00), епізодичного з прогредієнтним перебігом (F20.01) та епізодичного перебігу зі стабільним дефектом (F20.02) ПШ ( $p < 0,01$ ).

З представлених у табл. 2 даних видно, що за типом перебігу ПШ у досліджених пацієнтів спостерігались істотні відмінності, а саме, переважання безперервного типу перебігу ПШ у ОГ. Аналіз даного факту встановив, що безперервний перебіг ПШ у більшості пацієнтів ОГ виникає внаслідок нерегулярності (усвідомленої відмови) прийому психотропної терапії.

Дана нерегулярність викликана тим, що внаслідок подвійної токсичності медикаментозних препаратів, хворі обирають прийняття протитуберкульозного лікування перед психотропним. Такій вибір ґрунтується на оцінці лікування «найближчих та тяжких» ризиків для здоров'я «тут та тепер», нехтуючи психотропної терапією. Також необхідно зазначити, що

переважання серед ОГ хворих з безперервним типом перебігу ПШ, не вплинуло на однорідність вибірки, що надало можливість вивчати та аналізувати клініко-психопатологічні особливості хворих. Дана особливість врахована нами при аналізі та розробці системи комплексної психосоціальної реабілітації хворих на ПШ з ККТ, а саме, заходів профілактики та психосоціальної корекції явищ дезадаптації.

Як бачимо із представлених даних табл. 3, з усієї сукупності обстежених частка синдромів при безперервному перебігу ПШ склала у ОГ – 28 (46,7±5,0 %), при епізодичному із прогредієнтним перебігом 18 (30,0±4,6 %), при епізодичному зі стабільним дефектом 14 (23,3±4,2 %). У ГП, відповідно, – 21 (35,0±4,8 %), – 21 (35,0±4,8 %) та – 18 (30,0±4,6 %). Даний розподіл свідчив про співвідношення у складі хворих, з одного боку, пацієнтів із постійно наростаючою симптоматикою, з іншого, – з відносно стабільним дефектом. Виявлення даних розбіжностей при вивченні хворих на ПШ з ККТ мало значення для розробки психосоціальної тактики. Як бачимо, у порівнянні хворих ОГ та ГП з безперервним типом перебігу ПШ, серед ОГ переважали астеничний (61,5±4,9 %), депресивний (40,0±4,9 %) та депресивно-параноїдний (52,9±5,0 %) синдроми.

Виходячи з результатів, викладених у табл. 4, у досліджених хворих серед позитивних синдромів ПШ відокремлені ті, що значно впливали на психосоціальне функціонування, а саме: у ОГ – концептуальна дезорганізація (P2 – 6 балів, 17,1±3,8 %), галюцинаторна поведінка (P3 – 6 балів, 17,1±3,8 %), ворожість (P7 – 6 балів, 17,1±3,8 %). У ГП – марення (P1 – 5 балів, 17,9±3,8 %). Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнювала  $p < 0,001$ .

Серед негативних синдромів ПШ у досліджених хворих ОГ переважали прояви сплющення афекту (N1 – 6 балів, 15,6±3,5 %), емоційна відгородженість (N2 – 6 балів, 15,6±3,5 %), недостатній рапорт (N3 – 6 балів, 15,6±3,5 %), пасивно-апатичний соціальний відхід (N4 – 6 балів, 15,6±3,5 %), брак спонтанності й плавності бесіди (N6 – 6 балів, 15,6±3,5 %). У ГП, відповідно, сплющення афекту (N1 – 5 балів, 16,1±3,7 %), емоційна відгородженість (N2 – 5 балів, 16,1±3,7 %), труднощі у абстрактному мисленні (N5 – 5 балів, 16,1±3,7 %). Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнювала  $p < 0,001$ .

За аналізом ступеню вираженості загально-психопатологічних синдромів ПШ виявлено переважання стурбованості соматичними відчуттями (G1 – 6 балів, 7,0±2,5 %), манерність й поза (G5 – 6 балів, 7,0±2,5 %), некооперативності (G8 – 6 балів, 7,0±2,5 %), дезорієнтація (G10 – 6 балів, 7,0±2,5 %), зниження розважливості й усвідомлення хвороби (G12 – 6 балів, 7,0±2,5 %), вольові порушення (G13 – 6 балів, 7,0±2,5 %). Серед загальних психопатологічних синдромів необхідно відокремити порушення соціальної активності (G16 – 6 балів, 7,0±2,5 %), яка супроводжувалася втраченою соціальних зв'язків і контактів з навколишнім світом ( $p < 0,001$ ), частковою або повною бездіяльністю ( $p < 0,001$ ), обмеженням здатності жити у звичайному

соціальному середовищі й використовувати свій соціальний досвід ( $p < 0,001$ ). У ГП, відповідно: відчуття провини, напруга, манерність й поза, депресія, рухова загальмованість, думки з незвичайним змістом, дезорієнтація, труднощі концентрації уваги, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, які мали по 6 балів,  $6,6 \pm 2,5$  %, соціальна активність – 6 балів,  $7,9 \pm 2,7$  %. Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює  $p \leq 0,001$ .

В цілому, середній бал вираженості позитивних синдромів ПШ склав у ОГ 5,0; негативних 5,9; загально-психопатологічних – 5,4 балів. У ГП, відповідно: 4,0; 4,4 та 4,8 балів, що свідчило, що у ОГ у загальної структури клінічної картини ПШ з ККТ переважають синдроми, наявність яких у вираженому або значному ступені вираженості «перешкоджають» повноцінному функціонуванню хворих.

Розподіл позитивних синдромів ПШ у досліджених хворих за ступенем вираженості мав чітку закономірність (табл. 5). Так, серед ОГ переважали синдроми у помірному 30,5 % та вираженому – 44,6 % ступенях вираженості прояву. У ГП, навпаки, у легкому – 45,6 % та помірному – 43,6 % ступенях вираженості прояву синдромів. Така клінічна картина (стійкість симптоматики) відносно ступеню вираженості позитивних синдромів, на наш погляд, обумовлюється переважанням безперервного типу перебігу захворювання у ОГ з сформованим дефектом особистості, без ознак його наростання. У свою чергу, у ГП вираженість позитивних синдромів у легкому та помірному ступені обумовлюється не сформованим дефектом особистості, а, якщо він є, без ознак його наростання. З точки зору лікування ПШ в умовах протитуберкульозного стаціонару, цей факт є негативним, оскільки сама по собі позитивна симптоматика дезорганізує поведінку та функціонування у стаціонарі. Дані синдроми за наслідками проявів є такими, що значно дезадаптують поведінку хворого у лікарні. З одного боку, вони призводять до руйнування взаємовідносин із іншими хворими, заважаючи функціонуванню у стаціонарі ( $p < 0,001$ ). З іншого, є перепонами для включення пацієнта у програму психосоціальної корекції, заважаючи їй сприймати ( $p < 0,001$ ).

Розподіл негативних синдромів ПШ у респондентів за ступенем вираженості мав динаміку у бік зростання значно вираженого ступеню (табл. 6). Легкій ступінь (10,5 %) характеризувався виявленням цікавості до соціального спілкування ( $p < 0,001$ ), але хворі були мало ініціативні, що проявлялось контактуванням з іншими людьми лише за ініціативою останніх – «спілкування за вимогою» ( $p < 0,001$ ). Хворим з помірно вираженістю синдромів (21,9 %) було властиво «механічне існування за звичкою» без власної захопленості у більшості соціальних відносин. Пацієнти з вираженим (32,9 %) ступенем синдромів проводили більшість часу у поодинокі ( $p < 0,001$ ) та не брали активну участь у соціальних контактах ( $p < 0,001$ ), не проявляли інтересу та ініціативи до них.

Негативні синдроми також відіграють значну роль у формуванні порушень функціонування пацієнтів у стаціонарі, що необхідно обов'язково враховувати при розробці схеми комплексного лікування.

Труidнощі у абстрактному мисленні заважають осмислювати й «розумно тлумачити» власні дії або дії соціально середовища при виконанні звичайних побутових функцій. Утруднення можливості абстрактно сприйняти інформацію ставить пацієнтів у невідгдане становище при функціонуванні у стаціонарі. Наприклад, недовіра у виконанні окремих побутових функцій із боку персоналу призводить до нівелювання навичок незалежного існування пацієнтів. Таким чином, створюються підстави для поглиблення дезадаптації та формування іншого незалежно існуючого негативного синдрому – пасивно-апатичного дезадаптуючого відходу. В умовах стаціонару це проявляється, перш за все, явищем госпіталізму. Треба зазначити, що пасивно-апатичний дезадаптуючий синдром за рахунок руйнівної багатогранної дії на особистість й спільноту (хворі у стаціонарі та медичні працівники), є основним для детальнішого аналізу при розробці та відборі заходів психосоціальної корекції в рамках системи комплексної психосоціальної реабілітації хворих та профілактики явищ дезадаптації. У ході дослідження виявлено, що явища апатії при прогресивному перебігу ПШ значно знижують «стаціонарну активність» з відмовою пацієнтів від будь якої діяльності ( $p < 0,001$ ). В цілому, у досліджених пацієнтів пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід характеризувався зниженням інтересу та ініціативи у відносинах внаслідок його структурних складових, а саме: апатії, втрати енергетичного потенціалу, вольових збуджень. Дана клінічна картина обумовлювала негативний дрейф функціонування та побутової діяльності у стаціонарі.

Хворі зі значно вираженими негативними синдромами (34,8 %) більшу частину часу були апатичні ( $p < 0,001$ ), схильні до повної самоізоляції ( $p < 0,001$ ), дуже рідко проявляли будь яку активність, зневажливо ставилися до власних потреб ( $p < 0,001$ ).

Загальні психопатологічні синдроми у ОГ мали стійку наростаючу динаміку розподілу за ступенем вираженості від легких (12,7 %) до значно виражених (30,9 %) з переважанням вираженого ступеню (32,1) з усієї сукупності встановлених синдромів (табл. 7). У ГП дані синдроми розподілилися рівномірно у межах від легкого ступеню (26,4 %) до вираженого ступеню (14,3 %) з переважанням відносної кількості симптомів у помірному (31,3 %) та вираженому ступені (28,0 %).

Загальні психопатологічні синдроми є такими, з якими хворий живе відносно постійно (як у період загострення, так і у період ремісії захворювання), на відміну від позитивних та негативних синдромів, які є більш тяжкими та стабільними, проте знаходяться під впливом фармакотерапії, що зменшує їх актуальність для пацієнта. Вольові порушення та недостатність контролю імпульсів почасти є основною перешкодою до повноцінного функціонування пацієнтів у стаціонарі ( $p < 0,001$ ). Усі загально-психопатологічні синдроми обумовлювали неправильну поведінку та знижували ефективність стаціонарного лікування ( $p < 0,01$ ),

зменшуючи тривалість ремісії ендogenous процесу ( $p < 0,01$ ).

В ході роботи оцінено також вплив на хворих контекстуальних чинників (важких ситуацій), представлених в МКХ – 10, (р. XXI, вісь III, Z коди) [11], як пов'язані з:

1. Проблемамаи, пов'язаними з негативними подіями дитинства.
2. Проблемамаи, пов'язаними з вихованням та освітою.
3. Проблемамаи, пов'язаними з первинною підтримкою оточуючих, враховуючи сімейні обставини.
4. Проблемамаи, пов'язаними з соціальним оточенням.
5. Проблемамаи, пов'язаними з домашніми та екологічними умовами.
6. Проблемамаи, пов'язаними з трудовою діяльністю чи безробіттям.
7. Проблемамаи, пов'язаними з фізичним навколишнім середовищем.
8. Проблемамаи, пов'язаними з певними психосоціальними обставинами.
9. Проблемамаи, пов'язаними з юридичними обставинами.
10. Проблемамаи, пов'язаними з сімейними хворобами чи інвалідністю.
11. Проблемамаи, пов'язаними зі способом життя чи складнощами організації життєдіяльності.

Враховуючи, що спадкова обтяженість є лише одним із чинників, який впливає на розвиток дезадаптації пацієнтів, вивчено структуру контекстуальних чинників та їхній вплив на преморбідний рівень стаціонарного функціонування й формування патохарактерологічних особливостей пацієнтів в умовах існування коморбідної патології. Даний етап включав виявлення життєвих ситуацій, які можуть впливати, впливають або вплинули на розвиток та перебіг ПШ та ККТ.

Узагальнюючи представлені у табл. 9 дані можна стверджувати, що виявлені контекстуальні чинники у різному ступені впливали на обмеження функціонування пацієнтів у стаціонарі та призводили до виникнення явищ дезадаптації. Основними контекстуальними чинниками у пацієнтів ОГ визначено проблеми, пов'язані з: негативними подіями у дитинстві – 45 (75,0±4,3 %), первинною підтримкою оточуючих – 57,0 (95,0±2,2 %), соціальним оточенням – 55 (91,7±2,8 %), домашніми та екологічними умовами – 51 (85,0±3,6 %), фізичним навколишнім середовищем – 46 (76,7±4,2 %), певними психосоціальними обставинами – 53 (88,3±3,2 %), сімейними хворобами чи інвалідністю – 55 (91,7±2,8 %), труднощами організації життєдіяльності – 46 (76,7±4,2 %). Встановлені контекстуальні чинники впливали на зниження будь якої активності ( $p < 0,01$ ), призводили до погіршення взаємовідносин з персоналом та пацієнтами ( $p < 0,01$ ) та підвищення частоти небезпечних дій у стаціонарі ( $p < 0,01$ ).

Представлені вище результати дослідження впливу клініко-психопатологічних особливостей на

формування дезадаптації у хворих, які страждають на ПШ з ККТ, можна проілюструвати наступним прикладом.

Клінічне спостереження №1. Хворий Р., 1987 р. народження.

*Данні анамнезу життя.* Відомо, що спадковість захворюваннями на психічні розлади необтяжена. У родині зловживання або залежність від психоактивних речовин не виявлено. Пологи у матері – без ускладнень. Рання розвинулася особистість без особливостей. У школі у восьмому класі на уроці фізкультури була ЧМТ (впав з турніка) з втратою свідомості. Декілька днів спостерігалася нудота. Вірусний гепатит, венеричні захворювання, туберкульоз – заперечує. Навчався у школі – середня, закінчив 10 класів. Освіта середня-спеціальна, закінчив технічне училище за фахом механік.

Трудову діяльність розпочав у 19 років. У наступний час до виконання трудових обов'язків відноситься формально. За спеціальністю не працює, іноді працює вантажником. Повних років – 26.

З 2011 р. інвалід II групи. Повних років на інвалідності 4 роки. Основним джерелом існування є пенсія по інвалідності, є квартира, родина готова прийняти. Неодружений, проживає самотійно, взаємини з родичами конфліктні, незадовільні. У вільний час не чим не займається, захоплень та інтересів до якийсь діяльності не проявляє.

*Анамнез захворювання.* У 2009 р., після ДТП та перенесення емоційного стресу, з'явилися психічні розлади: збудження, страх, тривога. Під впливом слухових галюцинацій страхітливого змісту поведінка ставала неадекватною з агресивними рисами.

Лікувався у лікарні. Діагноз: Шизофренія. Параноїдна форма. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Повторні госпіталізації у психіатричну лікарню у 2009 р., 2010 р., 2011 р., у зв'язку із загостренням психопатологічної симптоматики, неадекватною поведінкою, агресією. В цілому, психомоторна симптоматика з'являлася після навантаження удома, емоційного перенапруження на тлі порушення сну. У відділенні перебував у психомоторному збудженні, відчував слухові галюцинації імперативного характеру. Висловлював маячні ідеї впливу, переслідування. Мислення прискорено, концентрація уваги та функція пам'яті знижено.

Діагноз при попередніх госпіталізаціях: Шизофренія. Параноїдна форма. Безперервний тип перебігу. Галюцинаторно-параноїдний синдром.

Надалі неодноразово госпіталізувався до психіатричного стаціонару з тим же діагнозом. Підтримуючу терапію приймав не постійно.

Остання госпіталізація з 04.07.2014 р. Протягом декількох місяців спостерігалася погіршення стану, з'явився страх, безсоння, підозрілість.

*Психічний статус.* Емоційно сплосчений. Орієнтований у часі, місці й власній особистості. На відмову, пацієнта виконувати вимоги голосів, відчуває, на себе їх дію. Активно виявляє галюцинаторну та маячну симптоматику: висказує що відчуває «наплив думок», частіше імперативного, погрожуючого характеру від



незнайомих йому осіб, які сміються над ним, вимагають віддати усі гроші, «не спілкуватися з родиною». Мислення прискорене, паралогічне, з елементами резонерства, амбівалентне. Висловлює ідеї відношення, переслідування, впливу. Висказує суїцидальні думки, до яких має критику, проте їм дуже важко супротивитися. Загальна критика відсутня, самооцінка завищена.

Діагноз клінічний (фтизіатричний) – А18 (Туберкульоз кісток і суглобів), тривалість туберкульозу – 5 місяців.

Клінічна картина. Туберкульоз кісток і суглобів кінцівок, як «первинний» навколосуглобовий остит характеризувався формуванням вогнища специфічного запалення в метафазі трубчатого кістки з порушенням функції суглобу і наявністю в ньому рідини (реактивний синовіт). При рентгенологічному дослідженні спостерігалось вогнище деструкції у суглобовому кінці кістки, що утворює суглоб. Спостерігалось поширення процесу на позасуглобову поверхню кістки з ураженням прилеглих м'яких тканин, виникненням натічних абсцесів і нориць.

Рентгенологічне дослідження показувало наявність пристінного вогнища деструкції, в тому числі з кортикальним секвестром, або бічної деструкції зі слабвираженою периостальною реакцією.

Ускладнення. Прогресуючий артрит з поширенням туберкульозного процесу за межі суглобових кінців кісток, на синовіальну оболонку. Проявлявся припухлістю, рідиною в суглобовій порожнині (рентгенологічно поодинокі вогнища деструкції, відкриті в порожнину суглоба).

В розпалі туберкульозного артриту – запальні і деструктивні явища в суглобі, сильні болі, обмеження рухів із виникненням контрактур, поява абсцесів і нориць (рентгенологічно – виражений остеопороз, звуження суглобової щілини, нечіткість, нерівність контурів поверхні суглобів, глибока деструкція суглобових кінців кісток).

Результати дослідження клініко-психопатологічних та соціальних особливостей (контекстуальних чинників) дезадаптації у хворого Р:

1. Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS:

Серед позитивних синдромів домінували: марення підозрілість-переслідування, прояви ворожості. Серед негативних синдромів: сплюснення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення. Серед загально-психопатологічних синдромів: некооперативність, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, волеві порушення, зниження соціальної активності. Середній бал позитивних синдромів склав 5,2, негативних 5,7 серед загально-психопатологічних – 5,7.

2. Серед контекстуальних чинників (важкі ситуації), провідними виявлені:

- проблеми, пов'язані з негативними подіями дитинства;
- проблеми, пов'язані з соціальним оточенням;
- проблеми, пов'язані з сімейними хворобами чи інвалідністю.

*Діагноз:* Шизофренія. Параноїдна форма. Безперервний перебіг. Параноїдний синдром. Апат-абулічний тип дефекту (F20.0). Туберкульоз кісток і суглобів (A18).

У процесі лікування параноїдної шизофренії психічний стан пацієнта покращився. Актуальність продуктивної симптоматики знижена, поведінка у відділенні упорядкована. Допомогає у роботі по обслуговуванню відділення, інструкції медичного персоналу виконує. Спілкується з сусідами по палаті, зустрічається із членами родини.

За аналізом медико-соціальних проблем пацієнту на підставі розробленої системи комплексного лікування психічно хворих в умовах протитуберкульозного стаціонарного лікування в залежності від клінічних, психосоціальних та середовищних особливостей на тлі медикаментозної терапії, проведено заходи з подолання та профілактики явищ дезадаптації. Пацієнт відвідував тренінги: «Поведінка у палаті», «Спілкування з хворими», «Спілкування з персоналом», «Прийняття підтримуючої терапії». На час проведення комплексного лікування критика та самооцінка власного психічного стану адекватна.

Діагностичний висновок: Параноїдна шизофренія, безперервний перебіг. Апат-абулічний тип дефекту (F20.0). Туберкульоз кісток і суглобів (A18).

З даного клінічного спостереження можна зробити висновок, що особливості клініко-психопатологічної симптоматики своєрідно впливають на функціонування пацієнта у стаціонарі, що обов'язково потребує її прискіпливого аналізу при розробці лікувального комплексу та заходів профілактики та психосоціальної реабілітації явищ дезадаптації у психічно хворих в умовах лікування у протитуберкульозному стаціонарі.

## 7. Висновки

Ретельне вивчення клініко-психопатологічних особливостей та структури вираженості позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів ПШ з ККТ у обов'язковому порядку повинно проводитися з двох точок зору: по-перше, корекції психосоціальної дезадаптації, а саме – потреб та завдань які виникають у реабілітаційній роботі з коморбідними хворими. Так, різноманітний, у більшості випадків, непередбачений характер сполучення клінічних ознак, призводить до виникнення «дезадаптаційних перешкод» щодо проведення психосоціальної корекції. По-друге, при проведенні психосоціальної корекції неврахування ступеню вираженості симптомів призводить до зниження «адаптивного потенціалу» та руйнування напрацьованих «загальних навичок пристосування» при подоланні проблем у функціонуванні як внаслідок ПШ, так й в наслідок ККТ.

## Література

1. Rieder, H. L. Surveillance of tuberculosis in Europe [Text] / H. L. Rieder, J. M. Watson, M. C. Raviglione, M. Forssbohm, G. B. Migliori, V. Schwoebel, A. G. Leitch, J-P. Zellweger // European Respiratory Journal. – 1996. – Vol. 9, Issue 5. – P. 1097–1104. doi: 10.1183/09031936.96.09051097

2. Туберкульоз в Україні: знайти, лікувати, вилікувати кожного [Електронний ресурс] // Аптека. – 2015. – № 983 (12). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/327618>

3. Борзенко, А. С. Оцінка ефективності стаціонарного етапу лікування при оказанні протитуберкульозної допомоги психически больним, страждаючим туберкульозом легких [Текст] / А. С. Борзенко, Е. Ю. Зубова, Ю. А. Яцикий // Журнал «Проблеми туберкульоза і болезней легких» – 2007. – № 6. – С. 37–40.

4. Туберкульоз [Текст] / за ред. О. К. Асмолова. – Одеса: Одеський державний медичний університет, 2002. – 276 с.

5. Островерха, Ю. А. Профілактика туберкульозу серед сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах [Текст]: метод. посіб. / Ю. А. Островерха, Л. В. Бережна, Я. Б. Коваль, Х. Р. Лозинська та ін. – Львів: Комунальне видавниче підприємство «Край», 2012. – 168 с.

6. Юр'єва, Л. М. Психопатологічні порушення у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень [Текст] / Л. М. Юр'єва, М. Г. Бобро // Тавричеський журнал психіатрії. – 2005. – Т. 9, № 2. – С. 34–37.

7. Бобро, М. Г. Корекція психічних розладів у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень [Текст] / М. Г. Бобро // Медичні перспективи. – 2005. – Т. X, № 3. – С. 62–65.

8. Валецький, Ю. М. Психоневротичні розлади та особливості психології у хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. М. Валецький // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 4. – С. 87–90.

9. Валецький, Ю. М. Особливості психіки та її розлади у хворих на туберкульоз легень [Текст] / Ю. М. Валецький // Лікар. практика. – 2006. – № 1. – С. 28–31.

10. Мосолов, С. Н. Шкали психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств [Текст] / С. Н. Мосолов. – М., 2001. – С. 96–144.

11. Карманное руководство к МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)

[Текст] / сост. Дж. Э. Купер, под ред. Дж. Э. Купера, пер. с англ. Д. Полтавец. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.

#### References

1. Rieder, H. L., Watson, J. M., Raviglione, M. C., Forssbohm, M., Migliori, G. B., Schwoebel, V., Leitch, A. G., Zellweger, J.-P. (1996). Surveillance of tuberculosis in Europe. *European Respiratory Journal*, 9 (5), 1097–1104. doi: 10.1183/09031936.96.09051097

2. Tuberculosis in Ukraine: find, treat, cure all (2015). *Pharmacy*, 983 (12). Available at: <http://www.apteka.ua/article/327618>

3. Borzenko, A., Zubov, E. Y., Yaitsky, Yu. (2007). Evaluating the effectiveness of inpatient treatment for TB care mentally ill, suffering from pulmonary tuberculosis. *Journal «Problems of Tuberculosis and Lung Diseases»*, 6. 37–40.

4. Asmolov, O. K. (2002). *Tuberculosis*. Odesa state medical University Press, 276.

5. Ostroverkha, A., Berezhnaya, L. V., Smith, J. B., Lozinskaya, J. R. et al. (2012). TB prevention among families and individuals in difficult circumstances: Method. guidances. Lviv: Publishing Public Enterprise «land», 168.

6. Yurjeva, L. M., Bobro, M. G. (2005). Psychopathological disorders in patients with newly diagnosed lung TB. *Tavrich. Zh. Psyhyatryy*, 9 (2), 34–37.

7. Bobro, M. G. (2005). Correction of mental disorders in patients with newly diagnosed lung TB. *Medical prospects*, X (3), 62–65.

8. Valetskyy, Y. M. (2005). Psychoneurotic disorders and features of psychology in patients with TB. *Infectious hvoroby*, 4, 87–90.

9. Valetskyy, Y. M. (2006). Features of mind and its disorders in patients with pulmonary tuberculosis. *Physician. Praktyka*, 1, 28–31.

10. Mosolov, S. N. (2001). Scale psychometric evaluation of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders. *Moscow*, 96–144.

11. Cooper, J. E., Kupera, Dzh. E., Poltavets, D. (2000). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria)*. Kyiv: Sphere. 464.

*Дата надходження рукопису 12.06.2015*

**Спіріна Ірина Дмитрівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044  
E-mail: [ids@mail.ru](mailto:ids@mail.ru)

**Широков Олександр Васильович**, асистент кафедри, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044  
E-mail: [shurav@yandex.ru](mailto:shurav@yandex.ru)